DISSERTATION

N° 167.

SUR

LA PLEURÉSIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 8 juillet 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR P.-S. FRASSETO, d'Ajaccio,

Département de la Corse.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER, Examinateur.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN, Examinateur.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / .....
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS, Président.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD. / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, Suppléant. / JULES CLOQUET, Examinateur. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann, Suppléant.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet.	Lesueur.
Brongniart.	Martin Solon.
Broussais (Casimir).	Piorry.
Cottereau.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné).
Dubled.	Sanson (Alphonse), Examinateur.
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau, Examinateur.

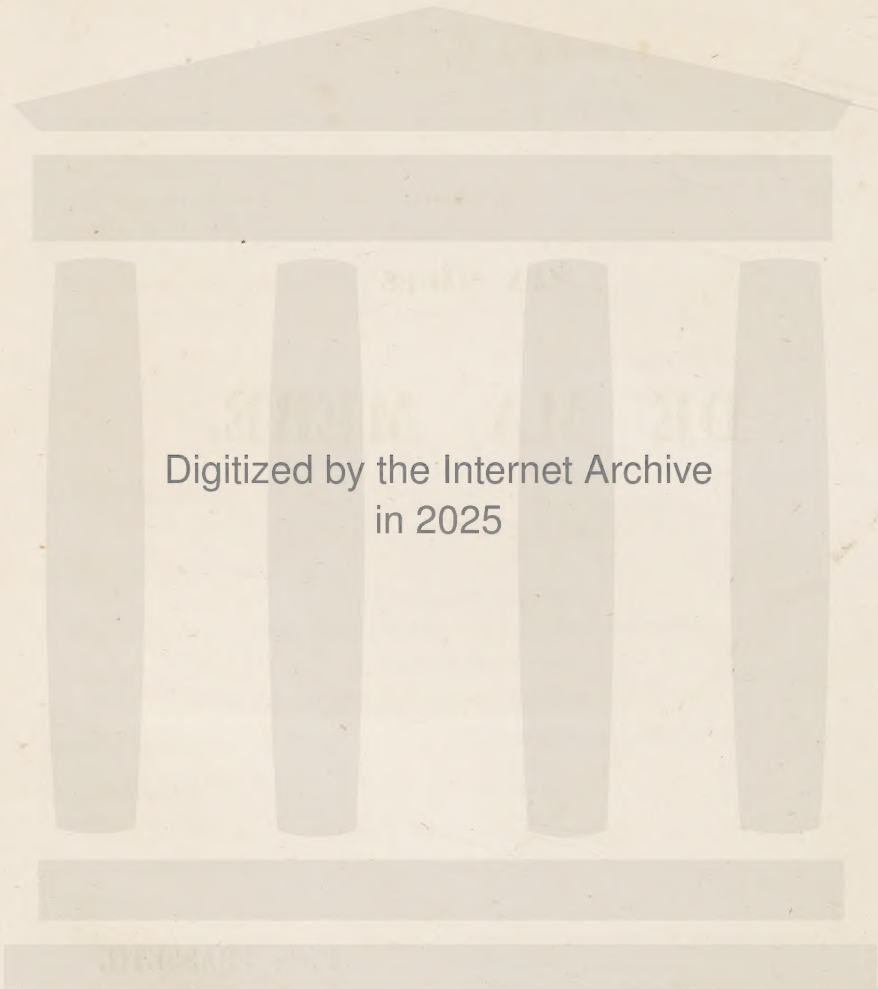
Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE.

AUX MÂNES

DE MA MÈRE.

P.-S. FRASSETO.



Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0005vari_k8i9

DISSERTATION

SUR

LA PLEURÉSIE.

Historique.

Hippocrate appelait du nom de *pleuritis* toute espèce de douleur ayant son siége au côté, spécialement celle qui est aiguë, et qu'accompagne un mouvement fébrile. Ses successeurs n'ajoutèrent rien aux connaissances que leur avait léguées le père de la médecine. *Galien* vint ensuite, et sépara l'inflammation de la plèvre de celle du parenchyme pulmonaire. *Arétée* tira de l'expectoration les caractères importans qui distinguent ces deux phlegmasies : les crachats, dit le médecin de Cappadoce, existent à peine dans la pleurésie ; ils sont plus abondans, rouillés et visqueux dans la pneumonie. *Paul d'Égine* a tracé les différences symptomatiques de la pleurésie avec d'autres affections dont le siége est peu éloigné de la séreuse du poumon. *Morgagni*, en créant l'anatomie pathologique, signala les lésions qui succèdent à l'inflammation de la plèvre.

La pleurésie chronique n'a pas suivi les progrès de la pleurésie aiguë ; cette phlegmasie, plus fréquente et plus souvent mortelle, paraît avoir échappé à la sagacité de nos pères. Ce n'est qu'au dix-septième siècle que *Baglivi* signale le premier la marche occulte qu'affecte quelquefois cette maladie. *Stoll*, à une époque plus rapprochée encore, en donne une description plus étendue et plus claire ; mais, ne se rendant pas compte des lésions organiques, il

attribue la formation des fausses membranes et de l'épanchement aux altérations du poumon. Il était réservé à notre siècle, à l'école française, d'éclairer le diagnostic des maladies de poitrine. Les immortels travaux de *Bayle* et de M. *Broussais* ont répandu le plus grand jour sur ces affections; l'heureuse découverte de *Laennec* a reculé encore plus loin les bornes de la science, et aujourd'hui la pleurésie échappe rarement à l'investigation de l'observateur.

Siége.

On a peine à croire que le siége de la pleurésie ait pu être l'objet de vives et interminables discussions : l'ouverture des corps, comparée à l'histoire des symptômes, aurait dû faire jaillir plus tôt la vérité. Les noms les plus célèbres ont pris part à cette polémique médicale. *Galien, Arétée, Boërhaave, Morgagni,* assignant à la pleurésie son véritable siége, ont soutenu que la plèvre pouvait s'enflammer isolément. Ils admettaient une pleurésie simple, et réservaient le nom de *pleuro-pneumonie* à l'affection qui résulte de la complication de la phlegmasie de la plèvre, avec celle du parenchyme pulmonaire. *Cullen, Tissot,* notre célèbre *Portal*, etc., faisant revivre l'ancienne opinion d'*Hippocrate*, ont prétendu que le poumon et son enveloppe séreuse étaient affectés à la fois dans la pleurésie. Les travaux de *Pinel* ont mis fin à ces longs débats; et, dans le langage médical actuel, le mot *pleurésie* n'exprime plus que l'inflammation de l'une ou des deux plèvres.

Diverses dénominations lui ont été successivement imposées : les anciens l'appelaient *passio pleuritica; Frédéric Hoffmann* lui donnait le nom de *febris pleuritica;* les Italiens la désignent par le mot *puntura;* et, dans le vulgaire, elle est connue sous le nom de *point de côté.*

Diverses formes de la pleurésie.

Cette maladie se manifeste sous des formes variées : la pleurésie peut affecter l'état aigu; revêtir la forme chronique après avoir traversé la période d'acuité, ou se développer d'une manière insensible.

La plèvre est susceptible de s'enflammer, de suppurer, sans que le malade ressente la moindre douleur, éprouve d'autres symptômes caractéristiques ; c'est la pleurésie *latente*, qui ne peut être reconnue qu'à l'aide d'une attention extrême, de moyens d'investigation spéciaux. Suivant la nature des causes qui la produisent, la pleurésie est *idiopathique*, *sympathique* ou *métastatique*. Relativement au siége, l'inflammation peut occuper une seule plèvre, plus souvent la droite, ces deux membranes à la fois, ou se borner à une portion de l'une d'elles. Cette variété, que *Bayle* a signalée sous le nom de *pleurésie circonscrite*, peut être située entre les lobes, *pleurésie interlobulaire ;* entre le diapharagme et le poumon, *pleurésie diaphragmatique ;* entre cet organe et les côtes, *pleurésie costo-pulmonaire ;* ou entre la plèvre et le médiastin, *pleurésie médiastine*. Quand l'inflammation n'affecte que la plèvre costale, *Hoffmann* lui donnait le nom de *fausse pleurésie ;* lorsqu'elle n'atteint que la plèvre pulmonaire, c'est la *pleurésie vraie* de quelques auteurs, qui se complique si souvent avec la pneumonie. La plus notable différence entre les pleurésies consiste, suivant M. *Andral*, dans la présence ou l'absence de l'épanchement. Les pleurésies sans épanchement, peu graves, à moins qu'elles ne soient fort étendues, ont été nommées *pleurésies sèches*.

Étiologie.

Les causes capables de déterminer l'inflammation aiguë ou chronique de la plèvre sont toutes celles des phlegmasies ; elle en a aussi qui lui sont propres, et qui agissent sans doute avec d'autant plus d'efficacité, qu'elles rencontrent, chez les individus qu'elles affectent, une de ces conditions inconnues de l'organisation que l'on nomme *prédisposition*.

Causes prédisposantes. La pleurésie appartient plutôt à la jeunesse, à l'âge adulte, au sexe masculin, qu'aux femmes et à la vieillesse. Elle survient plus fréquemment en hiver, au printemps, qu'en été et pendant l'automne ; dans les climats froids, que dans les pays

chauds. Le tempérament sanguin favorise l'action des causes qui peuvent la provoquer. Les sujets faibles, grêles, ceux dont la poitrine est étroite, les poumons resserrés et très-irritables, en sont plus facilement atteints. M. *Broussais* a souvent observé la pleurésie se développer chez les soldats du train.

Causes occasionelles. Ces causes sont très-multipliées ; les unes, immédiates, excitent la plèvre par une stimulation dirigée sur son tissu : tels sont les coups portés sur la poitrine, les solutions de continuité par instrumens piquans, tranchans, les plaies d'armes à feu, les corps étrangers introduits entre les deux plèvres, la fracture des côtes ; tels sont aussi les quintes de toux opiniâtre, les efforts violens qui, gonflant le parenchyme pulmonaire, froissent durement la plèvre contre les parois osseuses.

Il est un autre ordre de causes dont l'action première n'agit point sur la séreuse du poumon, mais plutôt sur les organes qui ont avec elle une correspondance très-active. La plèvre, forcée de suppléer aux fonctions d'un autre appareil, acquiert un surcroît de vitalité qui bientôt dégénère en phlogose. Le refroidissement subit, l'humidité des pieds, les habits mouillés gardés sur le corps après une course rapide ou un exercice violent, abaissent la température de la peau, diminuent ses évacuations, et transportent l'exaltation de la circonférence dans les vaisseaux de la membrane séreuse. Le frisson qui accompagne le début d'une fièvre intermittente peut aussi provoquer dans les capillaires de la plèvre le mouvement qui constitue l'inflammation.

La phlegmasie de la plèvre reconnaît encore pour causes fréquentes la suppression d'un écoulement habituel, la répercussion d'un exanthème, la disparition subite de la goutte, les grandes opérations. Les registres nécroscopiques tenus à l'Hôtel-Dieu, il y a quelques années, par MM. *Rousseau* et *A. Sanson*, prouvent que le plus grand nombre d'individus qui succombent après les amputations pratiquées pour les affections chroniques, périssent d'une inflammation des plèvres. Elle est quelquefois déterminée par certaines maladies des organes contenus dans le thorax, la péricardite, la pneumonie,

ou entretenue par la présence de tubercules dans le poumon. Mais il faut avouer que souvent la pleurésie se développe sans qu'on puisse apprécier la cause qui l'a provoquée.

Invasion.

La pleurésie n'a pas toujours, à son début, la même physionomie; ordinairement elle s'annonce par la perte de l'appétit, des frissons, des lassitudes spontanées, suivis d'augmentation de chaleur à la peau, d'accélération du pouls. Le malade ressent une douleur aiguë plus ou moins lancinante, située plus particulièrement entre la sixième et la septième côte; il éprouve une envie continuelle de tousser, que la douleur rend infructueuse.

Le malade est quelquefois inquiété par des douleurs irrégulières qui semblent parcourir toute la circonférence de la poitrine; la respiration devient gênée, la toux plus fréquente; le sommeil est interrompu, la nutrition s'altère, la fièvre devient continuelle, et la pleurésie chronique est confirmée. Lorsqu'une pleurésie aiguë bien caractérisée ne se termine pas en quelques jours par le retour à la santé; qu'à la douleur aiguë, pongitive, circonscrite, en succède une autre obtuse, étendue, mobile; si la chaleur à la peau est calme, si la fréquence du pouls, la toux et la dyspnée persistent, on doit craindre que l'inflammation aiguë ne soit passée à l'état chronique. On en aura la certitude si le malade, après s'être couché indifféremment sur l'un ou l'autre côté, ne peut plus reposer que sur l'un d'eux.

Symptomatologie.

Symptômes locaux. — Douleur. Le point pleurétique, l'un des signes les plus caractéristiques de la pleurésie, présente de nombreuses variétés sous le rapport de son siége, de son intensité, de sa durée. On l'observe le long du rebord cartilagineux des fausses côtes, à l'épigastre; le plus souvent à la partie antérieure de la poitrine corres-

pondant à l'un ou l'autre sein. On le rencontre aussi au niveau ou au-dessous de la clavicule, le long du sternum, dans le creux de l'aisselle. Il peut s'étendre à tout un côté de la poitrine, à tous les deux à la fois, ou se montrer successivement sur plusieurs points.

La douleur, quel que soit son siége, est tantôt vive, et jette le malade dans une anxiété extrême; elle augmente par la percussion, la pression et les moindres commotions de toux ou d'éternuement. D'autres fois, très-modérée, elle est à peine sensible par les inspirations profondes. Enfin il est un certain nombre de pleurésies, avec ou sans épanchement, qui ne sont révélées par aucune douleur.

Sa durée est aussi variable : ordinairement on lui voit perdre de son acuité, se dissiper complètement dans l'espace de sept à quatorze jours; quelquefois elle persiste plus long-temps, mais elle cesse toujours avant la terminaison de la maladie.

Dyspnée. La respiration est le plus souvent gênée; les mouvemens inspiratoires sont entrecoupés, douloureux. Tant qu'il n'y a pas de liquide épanché dans les plèvres, la dyspnée est uniquement le résultat de la douleur qui s'oppose à la libre contraction des muscles de la poitrine. La difficulté de respirer augmente avec l'épanchement, et doit être attribuée à la compression qu'éprouve le poumon. Les mouvemens d'élévation et d'abaissement du thorax subissent des modifications relatives à quelques variétés de la pleurésie. Dans l'inflammation de la plèvre costo-pulmonaire, les parois extérieures de la poitrine restent immobiles, et son ampliation se fait par l'abaissement du diaphragme. Dans la pleurésie diaphragmatique, la dilatation du thorax est surtout le résultat du mouvement d'ascension des côtes.

Toux. La toux est sèche et peu fréquente dans la pleurésie aiguë; elle manque quelquefois; son absence se fait surtout remarquer chez les sujets peu irritables, ceux dont l'inflammation de la plèvre ne s'accompagne pas de l'irritation sympathique de la muqueuse des bronches. Dans la pleurésie chronique, le malade tousse plus souvent, et

expectore des crachats épais, filans, ayant la plus grande ressemblance avec ceux de la bronchite.

Lorsqu'une communication s'est établie entre la cavité des plèvres et les bronches, le liquide épanché s'évacue à travers la trachée-artère, et on le retrouve dans la matière expectorée. La fétidité extrême des crachats, leur odeur alliacée, sont regardées comme des signes non équivoques de l'existence d'un épanchement pleurétique ouvert dans les tuyaux bronchiques.

Décubitus. Au début de la pleurésie, le malade se couche de préférence sur le dos ; il s'incline sur le côté affecté lorsque l'épanchement devient considérable. Quand la plèvre diaphragmatique est particulièrement enflammée, le décubitus horizontal cesse souvent d'être possible ; le malade, assis sur son séant, porte fortement le tronc en avant dans l'espoir d'alléger ses souffrances.

Signes physiques. Après les symptômes que je viens d'énumérer, il me reste à indiquer des signes qui frapperont nos sens, et imprimeront au diagnostic de la pleurésie un degré de certitude que n'ont pas toujours les précédens.

Conformation du thorax. L'inflammation de la plèvre s'accompagne d'une exhalation liquide et très-aqueuse, connue sous le nom de *sérosité*. Elle apparaît dès les premiers instans de la phlogose ; et sitôt qu'elle s'est épanchée en certaine quantité, il s'opère dans la cavité de la poitrine des changemens remarquables. Un œil exercé peut déjà apprécier la différence des parois thoraciques : le côté affecté est plus bombé, plus large ; les côtes sont écartées, les espaces intercostaux plus prononcés, et présentent quelquefois de la fluctuation. Dans d'autres cas, rares il est vrai, le liquide est venu produire l'œdème des tégumens de la poitrine, et former des tumeurs volumineuses. Pour reconnaître le degré de dilatation qu'a subi le thorax, on le mesure avec un ruban dont on fixe une extrémité sur une apophyse du dos, et l'autre sur le sternum. Ce mode d'exploration s'appelle *mensuration.*

En même temps qu'il dilate la poitrine, l'épanchement déplace les

organes voisins. Le poumon, pressé par la sérosité, prend un volume toujours moindre, et finit par n'occuper qu'un très-petit espace dans la cavité du thorax. Le cœur peut être porté du côté opposé, le foie être repoussé vers l'abdomen.

Des épanchemens de sang peuvent avoir lieu dans la plèvre. La matière ramollie de vastes tubercules pulmonaires s'y est quelquefois accumulée à la suite de l'ulcération de cette membrane. Une hydatide pulmonaire ou hépatique rompue peut aussi y verser le fluide qu'elle contient: dans tous ces cas d'épanchemens, les liquides se comportent à peu près de la même manière.

Sonoréité. Si le fluide est libre dans la cavité pleurale, il vient occuper la partie déclive de la poitrine; une ligne de niveau marque le plus souvent la hauteur de la colonne du liquide. Le thorax est moins sonore dans les points qui correspondent à un épanchement pleurétique peu abondant; la percussion donne un son mat quand le liquide est plus considérable. Le plessimètre fait, en général, bien reconnaître les nuances de son: on peut, au besoin, le remplacer par la percussion directe. En appliquant contre la poitrine la face dorsale des doigts, et en percutant avec l'autre main contre la face palmaire, tout le son obtenu sera celui que donnent les parois thoraciques; tandis que la percussion sur la face dorsale du doigt fournit un son propre qu'il faut distinguer de celui du thorax.

Lorsque le liquide épanché est en petite quantité, c'est en arrière et sur les côtés de la colonne vertébrale qu'il faut le rechercher. Des muscles épais, la saillie de l'omoplate, empêchent quelquefois d'atteindre la précision désirable. En avant, le peu d'épaisseur des parois thoraciques permet de déterminer exactement le point où s'arrête le liquide; et en traçant une ligne avec le nitrate d'argent, on peut apercevoir, les jours suivans, les variations qu'a subies le fluide épanché.

L'épanchement pleurétique est quelquefois embrassé par des adhérences qui en forment une collection, et le fixent sur le point où il a été déposé: ces pleurésies circonscrites sont difficilement recon-

nues par la percussion. Il est bien possible de déterminer qu'un son moins clair a lieu sur tel point du thorax ; mais, ne variant pas suivant les positions du malade, on pourra douter si le corps qui empêche la sonoréité est plutôt un liquide que le parenchyme devenu imperméable : c'est en pareil cas que l'auscultation apportera à la percussion médiate un secours précieux. Le diagnostic de la pleurésie circonscrite, éclairé par voie d'exclusion, appuyé, d'ailleurs, par des symptômes fonctionnels, deviendra d'une certitude presque rigoureuse.

Respiration. L'oreille nue ou armée du stéthoscope, appliquée sur la poitrine, fournit à l'observateur des phénomènes variés. Dès le début de la maladie, la douleur vive s'oppose à l'entière dilatation du côté malade : une moindre quantité d'air pénètre dans le poumon ; le bruit respiratoire est sensiblement plus faible. Lorsque la percussion a constaté la matité du thorax, si le liquide est en petite quantité, le bruit d'expansion pulmonaire s'entend encore, mais beaucoup plus faiblement que du côté opposé ; il disparaît quand l'épanchement est devenu plus considérable. Cette absence de bruit s'observe en avant, sur les côtés de la poitrine, et se montre progressivement en arrière, de la base du thorax à son sommet. Dans les points qui ne sont pas occupés par le liquide, la respiration est plus faible que du côté sain : le poumon, réduit par la compression au tiers, au quart de son volume, ne pouvant admettre l'air avec autant de facilité dans toutes ses vésicules, le bruit a moins d'expansion.

Tant que l'épanchement est peu considérable, le poumon remplit encore une grande partie de la cavité, et transmet un léger bruit respiratoire à travers le liquide ; mais quelquefois la matité est complète, et pourtant on entend une respiration vésiculaire très-distincte dans le côté affecté, surtout en arrière, près de la colonne vertébrale. On est porté à croire que le côté malade, formant un corps continu, à cause de l'épanchement, sert de moyen de transmission au bruit respiratoire, qui a lieu dans le côté sain. Quelquefois aussi, dans les points de la poitrine, où la percussion donne un son mat, au lieu de l'ab-

sence de la respiration, on rencontre un bruit beaucoup plus fort que celui du côté opposé. Ce bruit, qui a reçu le nom de *respiration bronchique*, n'a lieu que dans la pleurésie avec épanchement, et dans la pneumonie au second ou troisième degré : la condensation mécanique du tissu pulmonaire par l'épanchement pleurétique, empêche l'air de pénétrer au-delà des tuyaux bronchiques.

Telles sont les modifications qu'un liquide apporte dans le côté où il est épanché ; mais là ne se borne pas son action, elle s'exerce également sur le côté sain. Le poumon de ce côté est destiné, presque à lui seul, à accomplir la fonction de l'hématose : son activité augmente, une plus grande quantité d'air le pénètre, la respiration devient *puérile*.

Voix. Dans la pleurésie avec épanchement, la voix présente à l'auscultation des altérations qu'il est utile de rechercher. Tantôt elle s'accompagne simplement d'une plus forte résonnance, c'est la *bronchophonie ;* quelquefois elle acquiert un timbre particulier, plus aigu, plus vibrant, auquel on a trouvé de la ressemblance avec la voix saccadée de la *chèvre*, ou celle de *Polichinelle*, et qu'on a nommé pour cela *égophonie*. L'égophonie ne se montre que dans les cas où l'épanchement est médiocre, et qu'il forme une légère couche autour du poumon. On ne l'observe presque jamais dans la pleurésie chronique, où la sérosité est presque toujours en trop grande abondance. La bronchophonie s'explique par la dilatation des bronches ; mais on ne se rend pas un compte aussi facile de l'égophonie. *Laennec* l'attribue à la résonnance naturelle de la voix dans les rameaux bronchiques, transmise par l'intermède d'une couche mince et tremblotante de liquide épanché. M. *Bouillaud* est d'avis que l'induration ou l'hépatisation commençante du poumon est une des principales conditions nécessaires à la manifestation complète de ce phénomène.

Il est une autre modification que l'épanchement fait subir à la voix : M. *Reynaud* l'a le premier signalée. Dans l'état de santé, la parole imprime aux parois thoraciques un frémissement sensible à la main appliquée contre elles ; ces vibrations diminuent ou disparais-

sent, suivant que le liquide est plus ou moins abondant dans la cavité des plèvres.

Le *tintement métallique*, le *bourdonnement amphorique*, sont deux phénomènes que l'auscultation fait connaître, et qu'on observe lorsqu'il existe à la fois un épanchement liquide et un épanchement gazeux. L'air atmosphérique peut parvenir dans les plèvres par une ouverture des parois ou par une fistule pulmonaire; peut-être aussi que des gaz se dégagent quelquefois des liquides épanchés, ou sont fournis par une exhalation vitale. Quoi qu'il en soit, le *tintement métallique* est un bruit analogue à celui que ferait entendre une coupe de métal ou de porcelaine frappée légèrement avec une épingle, ou dans laquelle on laisserait tomber un grain de sable. Ce bruit est ordinairement faible pendant la respiration, mais on l'entend assez bien lorsqu'on fait parler le malade.

Le *bourdonnement amphorique* est semblable au bruit qu'on obtient en soufflant dans une bouteille : ce bruit se rattache au moins à deux communications entre la cavité de la plèvre et des bronches, ou à une seule, mais très-étendue. On l'entend durant la toux, et pendant que le malade parle ou respire.

Succussion. Il me reste à parler d'un dernier signe physique, employé par *Hippocrate*, auquel on a rarement recours aujourd'hui; il consiste à secouer brusquement le corps des pleurétiques. On entend le bruit d'un flot de liquide, mais il n'est pas toujours bien manifeste.

Symptômes généraux. Aux phénomènes locaux que je viens d'énumérer se joint un appareil fébrile dont l'intensité est subordonnée à celle de l'inflammation de la plèvre. Le pouls est fréquent, remarquable par sa dureté; la chaleur de la peau augmentée, la face animée; la langue est blanche ou rougeâtre, la soif vive, l'appétit nul, l'urine rouge et peu abondante. Le sang tiré de la veine présente presque toujours un caillot plus ou moins dense, riche d'une couenne

épaisse. Le sommeil est nul ou peu profond ; les facultés intellectuelles sont rarement troublées.

La pleurésie chronique ne se montre pas souvent escortée des symptômes de l'inflammation. Le pouls est fréquent, sans dureté, la chaleur à peine fébrile, le teint d'un jaune pâle. Les fonctions de nutrition présentent ordinairement une altération plus profonde que dans la période d'acuité. L'appétit se fait quelquefois sentir, mais l'estomac est peu disposé à élaborer les matériaux qu'on lui fournit ; des sueurs abondantes accompagnent les pyrexies du soir ; le dépérissement est rapide.

Appréciation des signes de la pleurésie.

On se représente en général la pleurésie comme une maladie facile à reconnaître par la manière dont elle débute : douleur aiguë survenant tout à coup dans l'un des côtés de la poitrine ; toux, anxiété, oppression, frisson et fièvre ; et par les signes physiques qui lui appartiennent : matité, absence de la respiration, dilatation de la poitrine, égophonie dans le côté malade. Sans doute, lorsque tous ces phénomènes accompagnent l'inflammation des plèvres, son existence ne peut être méconnue ; mais, outre que plusieurs d'entre eux ne se présentent pas constamment, il en est aussi qui apparaissent dans quelques affections étrangères à la séreuse du poumon.

L'invasion de la maladie a souvent lieu d'une manière si obscure, qu'on ne soupçonne pas toujours, à son début, son véritable caractère. La douleur, l'un des symptômes les plus fréquens, peut exister indépendamment de la pleurésie. La toux n'est rien moins que constante, et les crachats se confondent avec ceux de l'inflammation des bronches ; leur odeur alliacée n'est pas un indice bien certain de l'évacuation d'un épanchement pleurétique à travers un conduit fistuleux. M. *Andral* a observé une pareille fétidité chez des malades atteints de bronchite chronique ; et parfois les crachats sont restés inodores, bien qu'on ait trouvé une communication entre la cavité

des plèvres et les voies aériennes. Il n'est pas rare de rencontrer des malades qui respirent librement, alors même que l'auscultation et la percussion font reconnaître une quantité considérable de liquide épanché. Le décubitus est très-variable; souvent les pleurétiques se couchent indifféremment sur les deux côtés de la poitrine.

Les signes physiques, pris isolément, pas plus que les symptômes locaux, n'apportent, dans le diagnostic de la pleurésie, ce degré de précision qu'on est convenu d'appeler *pathognomonique*. La dilatation de la poitrine n'est pas constante; on ne l'a pas rencontrée dans des cas où plusieurs livres de liquide étaient épanchées dans les plèvres; d'ailleurs elle peut être assez peu sensible pour échapper à la mensuration. Ce mode d'exploration n'est pas sans inconvénient; on n'est pas toujours sûr de mesurer à la même hauteur, de conduire le cordon horizontalement, et de saisir bien exactement la ligne médiane du corps.

La matité est sans doute un signe précieux, mais ne suffit pas pour constater la pleurésie. Il est des cas où la percussion ne saurait découvrir l'épanchement; c'est lorsque la collection pleurétique, accumulée dans la partie inférieure de la cavité thoracique, a déprimé le diaphragme. Le son ne cesse pas d'être clair dans presque toute la surface du dos qui correspond aux lobes du poumon.

L'absence d'expansion pulmonaire n'est pas un signe plus positif; souvent on continue à entendre un bruit lointain, malgré l'abondance de l'épanchement; et la respiration ne devient pas toujours puérile dans le poumon non soumis à la compression.

Des adhérences anciennes peuvent empêcher l'égophonie à l'apparition de la pleurésie; elle est peu sensible, et quelquefois nulle, lorsque l'épanchement se résout très-lentement. Il n'est pas d'ailleurs facile de la distinguer de la bronchophonie.

Le tintement métallique ne dénote pas toujours l'existence d'une lésion matérielle qui ferait communiquer la plèvre avec les bronches. On le rencontre lorsqu'une vaste excavation tuberculeuse contient à la fois de l'air et une certaine quantité de matière ramollie. Le même

phénomène peut se produire dans le pneumothorax avec épanchement liquide. Si on fait mettre le malade sur son séant, il arrive quelquefois qu'une goutte, restée au haut de la poitrine, tombe au moment où l'on explore le côté affecté, et détermine un tintement métallique très-évident.

La voix ne saurait toujours avoir assez de retentissement pour faire vibrer les parois thoraciques. Ces vibrations doivent être bien peu sensibles chez les malades épuisés par de longues souffrances, et dont la voix est éteinte par la douleur.

La succussion ne peut avoir lieu si de l'air ou de la vapeur n'occupent la partie supérieure du liquide. Quand la cavité de la poitrine en est remplie, le ballottement devient impossible.

Parmi les symptômes généraux, il n'en est guère qu'un seul qu'on rattache plus particulièrement à la phlogose de la plèvre ; c'est la dureté du pouls. Les anciens y attachaient une bien grande importance; mais il est évident qu'on ne peut, avec ce seul symptôme, annoncer la pleurésie; et puis il appartient à l'état inflammatoire d'autres séreuses.

Des considérations qui précèdent, il résulte qu'on ne peut espérer de rencontrer à la fois tous les symptômes qui sont assignés à la pleurésie. L'absence de quelques-uns d'entre eux ne peut infirmer son diagnostic ; de même aussi le concours de plusieurs symptômes n'indiquera sûrement l'inflammation des plèvres, qu'autant qu'ils seront liés à une même lésion, subordonnés à la même cause.

Complications.

Toutes les maladies aiguës ou chroniques peuvent compliquer la pleurésie, et lui communiquer ou en recevoir des caractères particuliers. Je me bornerai à indiquer ses complications plus fréquentes avec la pneumonie, la péricardite et les irritations gastriques.

L'inflammation aiguë du parenchyme du poumon se rencontre rarement sans pleurésie : mollesse du pouls, toux avec expectoration

de crachats visqueux et rouillés, rougeur des pommettes, sont les symptômes qui l'accompagnent. La bronchophonie, le râle crépitant, la diminution ou l'absence complète de la respiration vésiculaire, sont autant de phénomènes que l'on observe dans le cours de cette phlegmasie.

Lorsque la séreuse du cœur partage l'irritation de la plèvre, les douleurs sont rapportées surtout à la région précordiale, l'anxiété est extrême, le pouls faible et irrégulier; on observe de la tendance aux lipothymies.

L'abdomen est disposé à l'inflammation par les longues souffrances des organes respiratoires. Le péritoine est quelquefois phlogosé sous l'influence de la pleurésie, mais plus fréquemment encore la membrane muqueuse des voies digestives. Ces altérations suivent leur marche ordinaire : douleur épigastrique ou abdominale, à leur apparition ; vomissemens, constipation à un plus haut degré d'intensité.

Diagnostic.

Le diagnostic de la pleurésie n'est pas toujours facile à établir, principalement chez les enfans, qui ne rendent pas compte de leur état, chez les individus qui ont habituellement la respiration difficile. La pneumonie, à raison de son siége, est la maladie avec laquelle celle-ci a le plus d'analogie. Il importe de faire ressortir, par la comparaison des symptômes, la différence qui existe entre l'une et l'autre affection. Dans la pneumonie, le décubitus a lieu sur le côté malade, la douleur est située profondément et n'augmente point par la pression; elle est moins profonde chez les pleurétiques, et devient plus sensible dans les grandes inspirations. Dans la première de ces maladies, la toux est suivie de l'expectoration de crachats visqueux, adhérens au vase, et généralement rouillés ; la toux est sèche dans la pleurésie, ou donne lieu à l'expectoration d'un mucus filant et incolore. La percussion produit un son mat dans les deux affections, mais presque à l'invasion dans la pleurésie; tandis que dans la pneumonie, les parois

thoraciques ne perdent leur sonoréité que par gradation. Dans l'inflammation des plèvres, la respiration, d'abord faible, cesse bientôt d'être manifeste; l'égophonie apparaît et augmente sensiblement, jusqu'à ce qu'une trop grande quantité de liquide l'empêche de se produire; si la résorption a lieu, elle reparaît peu prononcée, puis plus forte, et diminue de nouveau, pour disparaître entièrement. Ces caractères n'appartiennent pas à la pneumonie : ici le râle crépitant se fait entendre, le bruit d'expansion pulmonaire est remplacé par la respiration bronchique. L'absence plus ou moins complète des vibrations thoraciques pourra éclairer le diagnostic de la pleurésie, en indiquant qu'un épanchement plus ou moins abondant a lieu dans l'un des côtés de la poitrine.

La douleur pleurétique peut être confondue avec la pleurodynie; souvent, en effet, il est bien difficile de préciser son siége. La douleur qui dépend de l'inflammation de la plèvre, généralement accompagnée de symptômes graves, s'observe quelquefois sans gêne de la respiration ni accélération du pouls. Celle qui réside dans les muscles des parois thoraciques peut se montrer avec fièvre et dyspnée, et en pareil cas la méprise devient possible, en attendant que l'épanchement fournisse les signes qu'on lui connaît.

L'inflammation de la face convexe du foie simule quelquefois la pleurésie diaphragmatique. Dans l'une et l'autre affection, la douleur se fait sentir dans les flancs, à l'épigastre; les malades, penchés en avant, exécutent avec peine les mouvemens inspiratoires; et si l'ictère manque au diagnostic, il faut avouer que l'auscultation et la percussion n'apporteront pas un secours bien efficace.

Malgré tous les modes d'exploration que possède aujourd'hui la médecine, il est encore des variétés de la pleurésie qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître. La pleurésie *interlobulaire*, la pleurésie *médiastine* ne s'accompagnent que de symptômes très-obscurs, et, pour éviter l'erreur, on est quelquefois réduit à consulter les circonstances commémoratives, à interroger les organes voisins.

Prognostic.

Toujours grave quand elle atteint des sujets débiles, affaiblis par des maladies antérieures, la pleurésie est moins dangereuse chez les adultes doués d'une bonne constitution. Le jugement qu'on voudra porter d'avance sur son issue probable doit s'appuyer, pour être exact, sur les symptômes qui l'accompagnent. La pleurésie sèche est, en général, moins grave que la pleurésie avec épanchement. L'inflammation bornée à une petite portion de la plèvre est d'un plus heureux présage que celle qui occupe une plus vaste étendue. L'état de la respiration modifie le prognostic plus qu'aucun autre symptôme; une dyspnée considérable est toujours d'un fâcheux augure. L'épanchement dans un seul côté est moins funeste qu'une collection de liquide dans les deux cavités; les pleurésies doubles amènent presque toujours une terminaison malheureuse. Les rechûtes sont promptement mortelles. Le délire doit inspirer des craintes, et le danger que comportent les complications est en raison de la gravité des symptômes qui les manifestent.

Marche et durée.

La pleurésie est le plus souvent sporadique; on l'a vue régner épidémiquement. Bornée à une portion rétrécie de la plèvre, c'est une affection très-légère qui ne gêne nullement la respiration et n'excite aucun trouble sympathique. Fixée sur une plus grande étendue, il n'est pas rare de la voir céder promptement aux moyens de guérison qu'on lui oppose: la circulation devient calme, la chaleur naturelle; l'appétit reparaît, le visage cesse d'être animé. A un plus haut degré d'intensité, la pleurésie persiste durant un plus grand nombre de jours: la fièvre redouble tous les soirs; les nuits sont agitées par une toux opiniâtre, troublées par le délire. La pleurésie chronique affecte une marche encore plus lente: l'épanchement fait des progrès; la

respiration devient plus gênée, les crachats plus copieux; le corps s'amaigrit lentement. Les soins donnés au malade semblent quelquefois en arrêter les progrès : un calme trompeur succède à la plus pénible inquiétude; les forces tendent à se relever; le teint s'éclaircit; les mouvemens inspiratoires sont moins incommodes. Mais le plus petit écart de régime, le moindre refroidissement, une cause inconnue réveillent la phlegmasie, et les symptômes reparaissent plus menaçans.

La durée de l'inflammation de la plèvre n'est pas moins variable. A l'état aigu, elle parcourt ses périodes en quelques jours, depuis le premier jusqu'au troisième septénaire. La pleurésie chronique peut durer plusieurs années.

Terminaisons.

La pleurésie se termine fréquemment par la résolution. Cette heureuse terminaison est annoncée par un amendement progressif des symptômes et des changemens dans les signes physiques. Lorsque l'absorption vient diminuer l'épanchement, le liquide abandonne d'abord les parties antérieure et supérieure du thorax; la sonoréité reparaît dans ces régions, et le bruit respiratoire devient successivement plus sensible du sommet à la base de la poitrine. Si le poumon n'a pas éprouvé une compression trop prolongée, il ne tarde pas à reprendre ses dimensions et ses limites naturelles. Mais lorsque l'épanchement a été fort abondant, fort long à résoudre, l'organe de la respiration ne peut revenir à son volume primitif, et les parois thoraciques se portent vers lui pour effacer la cavité que remplissait la matière épanchée. Les fausses membranes, en grande quantité, et déjà organisées, contribuent sans doute à ce rapprochement; elles se resserrent davantage en devenant plus fermes, et agissent ainsi à la manière des cicatrices. L'œil ou la mensuration peuvent apprécier ce rétrécissement; le côté malade est comme déprimé; le mamelon qui lui correspond est placé plus inférieurement que celui du côté sain.

Un dernier phénomène qui concourt à signaler la résolution de la pleurésie est le *bruit de frottement*, sur lequel les recherches de M. *Reynaud* ont répandu un nouveau jour. Ce bruit a lieu lorsque l'épanchement est médiocrement abondant et que la plèvre est recouverte de fausses membranes. Il peut, dans la plupart des cas, être senti par l'application de la main aussi bien que par l'auscultation; il peut même être entendu à distance par l'observateur, et quelquefois le malade le perçoit très-distinctement. Des adhérences s'établissent souvent entre les deux feuillets de la plèvre. On ne peut que les soupçonner pendant la vie; néanmoins le malade éprouve quelquefois une légère douleur, qui augmente surtout par le changement de position.

Un autre mode de terminaison de la pleurésie est la suppuration. L'épanchement purulent coïncide avec la prolongation des symptômes au-delà de l'époque de la résolution, avec des frissons irréguliers, des chaleurs fugaces, une plus grande difficulté de respirer. On observe en même temps une augmentation de volume du côté malade, avec écartement des côtes et abaissement de l'omoplate, un état œdémateux, et, dans l'intervalle des côtes, une sorte de fluctuation.

Une communication s'établit quelquefois accidentellement entre la plèvre et les bronches; elle donne issue à la collection pleurétique, et le malade peut encore recouvrer la santé. Après que le foyer s'est vidé, ses parois cessent de sécréter de nouveau pus, se rapprochent et s'unissent par des adhérences plus ou moins intimes.

Cette maladie se termine bien rarement par une exhalation de sang à la face interne de la plèvre. M. *Broussais* a vu l'epanchement sanguin s'accompagner de très-vives douleurs; aucun symptôme particulier ne l'a révélé à M. *Andral*. La gangrène en est aussi une terminaison peu fréquente. Quand elle a lieu, les extrémités deviennent froides, le pouls faible, intermittent; l'expectoration est supprimée, ou bien les crachats sont noirs et fétides.

La mort est fréquemment le terme fatal de la pleurésie; le malade

périt par l'intensité de l'inflammation ; il succombe, dans la pleurésie chronique, par l'obstacle que la compression apporte à l'entrée de l'air dans les poumons ou par l'épuisement dans lequel le jette la sécrétion morbide.

Anatomie pathologique.

Les caractères anatomiques de la pleurésie se tirent de l'état de la plèvre, du produit de la sécrétion et des modifications que le poumon a subies dans son volume, sa situation, ses rapports.

Si la phlogose a été légère, on ne remarque d'autre trace du surcroît d'action organique que l'injection du tissu par lequel la plèvre adhère aux parties sous-jacentes. Dans un état d'inflammation plus aiguë, la séreuse présente une rougeur ponctuée ; ces points ou taches, plus ou moins larges, pénètrent toute l'épaisseur de la membrane et sont séparés par des intervalles où la plèvre conserve sa couleur naturelle ; les vaisseaux sanguins qui rampent à sa surface sont aussi plus rouges et plus apparens que dans l'état normal. Dans quelques circonstances, la plèvre est couverte d'escharres qui, en se détachant, laissent des ulcérations livides ou entraînent la perforation de cette membrane. L'épaississement des séreuses, qu'on a considéré comme un phénomène pathologique de leur inflammation, n'est que le résultat de l'accumulation des fausses membranes.

Le liquide contenu dans la poitrine offre ordinairement une couleur citrine ou fauve, souvent limpide ; il a quelquefois l'apparence du pus ; quelquefois aussi il est teint en rouge, comme imprégné de la matière colorante du sang. L'odeur fournie par l'épanchement est nulle dans la pleurésie aiguë, fade dans la pleurésie chronique, alliacée, gangréneuse et extrêmement fétide, lorsque l'air a pénétré dans le liquide épanché. Sa quantité peut varier depuis moins d'une once jusqu'à plusieurs litres.

Sur les portions de la séreuse occupées par l'inflammation, se trouve étendue, sous forme de nappe, une exsudation membrani-

forme blanche ou jaunâtre. De ces concrétions albumineuses partent des brides pour se porter sur le feuillet opposé et faire adhérer ensemble les deux surfaces de la plèvre. En traversant la matière épanchée, elles l'enferment dans leurs entre-croisemens, et donnent lieu à ces collections peu étendues qu'on a nommées *circonscrites*. A une époque récente de la maladie, les fausses membranes ont une certaine densité et se détachent difficilement de la surface sur laquelle elles sont appliquées. Dans la pleurésie chronique, elles ont l'aspect d'une matière pultacée, se séparent en pellicules minces, et se mêlent à la sérosité, dont elles troublent la transparence. Le détritus des pseudo-membranes s'accumule quelquefois en grande quantité dans les points les plus déclives de la cavité thoracique, de manière à former des masses considérables que les doigts écrasent facilement.

Le poumon, déprimé par l'épanchement, est le plus souvent refoulé d'avant en arrière, et de bas en haut vers la colonne vertébrale, rarement de haut en bas, ou d'arrière en avant; il est maintenu en position par l'exsudation membraneuse qui le recouvre en entier. Réduit à un plus petit volume, quelquefois même aplati, au point de ne plus présenter que quelques lignes d'épaisseur, son tissu se désorganise; il cesse d'être perméable à l'air; ses vaisseaux sont privés de sang, ses bronches rétrécies.

Traitement.

Les premiers soins que réclame un pleurétique consistent à le soustraire aux causes qui ont produit la phlogose; à écarter toutes les impressions qui peuvent amener le refroidissement des parties extérieures, en le plaçant dans un lieu convenablement chauffé. Le repos devient indispensable, celui surtout des organes thoraciques. Le malade doit garder une diète absolue pendant la période d'acuité; une boisson mucilagineuse modèrera la soif; des juleps pectoraux ou des loocks, combinés avec le sirop diacode, calmeront la toux. Mais ces moyens n'opposent qu'un faible obstacle aux progrès de l'ir-

ritation, et ne peuvent rien pour atténuer les symptômes inflammatoires. Il convient de recourir à une médication plus énergique, en rapport avec l'intensité du mal et les complications qui l'accompagnent.

Évacuations sanguines. Je ne répèterai pas les disputes qui se sont élevées relativement à l'endroit où l'on doit pratiquer la saignée, à la quantité de sang que l'on doit évacuer. Oubliant les sages préceptes d'*Hippocrate*, de *Galien* et de *Celse*, les médecins arabes ouvraient la veine la plus éloignée, et du côté opposé au point douloureux. *Brissot*, dans le seizième siècle, délivra la médecine de cette pratique ridicule. Au milieu de ces longs débats, bornons-nous à recueillir un fait, c'est que jamais on n'a contesté l'utilité des émissions sanguines dans le traitement de la pleurésie. Jusqu'à une époque peu éloignée de nous, la phlébotomie et les ventouses étaient seules employées pour l'évacuation du sang. Les modernes y ont ajouté les sangsues, et on ne peut douter que ce nouveau mode d'émission ne soit d'un avantage réel dans l'inflammation de la plèvre, en diminuant l'afflux du sang vers les points phlogosés.

Les évacuations sanguines doivent être pratiquées dès le début de la maladie ; les saignées locales sont en général suffisantes, quand la douleur n'a qu'une intensité médiocre ; l'ouverture des veines doit être réservée pour les sujets vigoureux, pléthoriques. On ne peut donner d'indication précise sur le nombre de saignées à pratiquer, la quantité de sang à retirer ; elle doit s'établir d'après les symptômes qui se présentent, et les émissions doivent être proportionnées à l'âge, à la constitution du malade. On doit les répéter tant que la dyspnée est considérable, la fièvre intense, la douleur poignante.

Topiques. L'emploi des topiques ne sera pas négligé : les fomentations émollientes, les cataplasmes de farine de lin, facilitent l'écoulement du sang, et entretiennent sur le point douloureux une température modérée, qui favorise la résolution de la phlogose. Quelques médecins emploient un emplâtre de poix de Bourgogne pour remplir ce dernier but ; le moyen est au moins aussi efficace. Le bain

entier concourrait puissamment à imprimer au sang une impulsion favorable vers les capillaires de la circonférence, s'il n'était souvent prudent d'y renoncer pour éviter les dangereux effets du refroidissement.

Révulsifs. Les moyens dont je viens de parler triomphent communément de la gravité du mal; les symptômes diminuent et se dissipent en quelques jours. Mais il n'arrive que trop souvent que la maladie, rebelle aux ressources de l'art, continue à faire des progrès : une autre médication devient alors nécessaire. Quand la fièvre est modérée, on peut espérer des résultats heureux d'une révulsion opérée sur la peau ; des vésicatoires aux extrémités inférieures, au bras, ou sur la poitrine, facilitent beaucoup la résorption. On a quelquefois recours aux exutoires, tels que le séton, le moxa, ou le cautère, dont on entretient plus ou moins long-temps la suppuration.

En même temps qu'on emploie les révulsifs, on favorise aussi l'absorption par les diurétiques; l'acétate et le nitrate de potasse sont les sels le plus fréquemment employés. L'acétate se donne à la dose de quatre à huit gros par jour; *Laennec* l'a porté à deux onces. Le sel de nitre peut être administré depuis quarante grains jusqu'à trois gros, sans que le malade en soit incommodé. L'urée, la poudre ou l'extrait de scille, ont été préconisés à leur tour; mais ces médicamens procurent rarement les effets qu'on s'en promet. Les diaphorétiques, les purgatifs, ne sont pas plus souvent suivis de succès ; leur action d'ailleurs a besoin d'être surveillée.

Les antimoniaux et les préparations mercurielles n'ont pas été oubliés dans la thérapeutique de la pleurésie. Le tartre stibié a été donné à haute dose dans la période aiguë; mais sa puissance dérivative n'amène pas ici les bons résultats qu'on ne peut lui contester dans le traitement de la pneumonie. *Robert Hamilton* a préconisé le calomel uni à l'opium, et ce n'est pas la seule recette qui nous soit venue d'Angleterre. On emploie sous le nom de *poudre du docteur James* un mélange triple d'oxyde d'antimoine, d'acide phosphorique et de chaux, qu'on obtient en calcinant parties égales de sul-

fure d'antimoine et de corne de cerf. Cette préparation, importée tout nouvellement en Corse, a acquis une prompte célébrité, méritée sans doute par le mystère dont on l'enveloppe et l'énormité du prix auquel on se la procure.

Opération de l'empyème. Enfin, pour les cas où tous les moyens indiqués n'ont pu déterminer la résorption de l'épanchement, la chirurgie nous offre une ressource extrême, c'est l'opération de l'empyème. La méthode opératoire consiste en une ponction faite avec un trois-quarts; le lieu d'élection est fixé par *Laennec* au milieu du quatrième espace intercostal. Peu de succès ont couronné ce moyen curatoire. L'irritation produite sur la surface de la plèvre par la pénétration de l'air, détermine une suppuration abondante, et entraîne la perte du malade. Une autre cause s'oppose plus souvent à la guérison. Le poumon, fortement appliqué contre la colonne vertébrale par les pseudo-membranes, a perdu sa force expansive, et ne peut se dilater assez pour remplir l'espace occupé par la matière épanchée. La difficulté de constater l'épanchement d'une manière certaine, ajoutée aux chances trop malheureuses de l'opération, n'a pas permis jusqu'ici d'y recourir fréquemment. Cependant, lorsque le danger est réel, la suffocation imminente, on ne devrait pas craindre de la tenter; et quand on n'obtiendrait d'autre résultat que celui de procurer quelques soulagemens au patient, ce serait encore un beau service rendu à l'humanité.

PROPOSITIONS.

I.

La langue annonce, dans la plupart des cas, l'inflammation aiguë de l'estomac ; il est rare alors qu'elle ne change pas de physionomie.

II.

Dans les inflammations aiguës de la peau, ce sont les phlegmasies viscérales qui doivent surtout fixer l'attention du médecin.

III.

L'organisme peut ne pas souffrir d'une altération locale très-grave qui s'est développée lentement ; dans le cas d'acuité, sa souffrance diminue à mesure qu'on s'éloigne du début.

IV.

Les brûlures du premier et du second degré guérissent promptement à l'aide du chlorure d'oxyde de sodium administré d'une manière convenable.

V.

Si le rhumatisme est borné à une articulation, et si les symptômes généraux sont peu marqués, il convient de s'en tenir aux applications émollientes et à la saignée locale. Si le rhumatisme est ambulant, les

symptômes généraux très-prononcés, le sujet jeune et pléthorique, on doit recourir à la saignée générale.

VI.

Le seigle ergoté est administré, dans certaines circonstances, pour exciter les contractions utérines; il est contre-indiqué dans la *dystocie* par mauvaise position du fœtus, et lorsqu'un vice de conformation s'oppose à son expulsion.

FIN.